№ 26. Warszawa dnia 18 (30) Czerwca 1870 roku. Tom VI

REDAKCJA przy ulicy Podwale Nr 12.

KLINIKA.

Wychodzi w Czwartek każdego tygodnia

TYGODNIK LEKARSKI.

w Warszawie:	Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10) Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20) Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)	na Poczcie:	Rocznie............ rsr. 6 (40 złp.) Półrocznie.......... „ 3 (20 złp.)
		Dodatek:	w Warszawie....... rsr. 2 rocznie) na Prowincji....... „ 2 kop. 30)

NOWA METODA.

MIKROSKOPIJNEGO BADANIA WŁÓKIEN SOCZEWKI OKA.

przez D-ra **Seweryna Robińskiego.**

Pomimo wielkiego postępu ostatnich lat dziesiątek w technice badań mikroskopijnych, natrafiamy jednakże częstokroć na wielkie jeszcze trudności. Każda więc nowa metoda, dla badaczy pożądaną niezawodnie być musi, a tém więcéj, im ona bardziéj prosta i im mniéj zabierająca czasu. Taką właśnie, jak się przekonałem, jest badanie i poszukiwanie soczewki za pomocą Arg. nitr. o czem wiadomość podałem także do Archiwu pp. proff. *Reichert'a* i *du Bois-Reymond'a* [1]). Co do ocenienia ważności sposobu tego badania, niech posłużą słowa D-ra *Ritter'a*, wypowiedziane w pracy: „Anatomie du cristallin“: ,,avec les plus forts grossissements on ne reussirait pas à les distinguer les unes des autres, si l'on avait recours à des moyens artificiels; encore n'y parvient-on qu'avec de *grandes difficultés.*“

Do badań tedy takich włókien soczewki biorę o ile możności najsłabsze rozczyny Arg. nitr. mianowicie 1: 800, a nawet 1: 1000. O używaniu słabych rozczynów Arg. nitr. do badań drobno widzowych już na innych miejscach mówiłem i jak się przekonałem, rozczyny te podane zadaniu swemu całkowicie odpowiadają, a potém unikamy pomyłek, co przy mocniejszych rozczynach i silniejszém zabarwieniu substancji jest nieraz niepodobieństwem, jak nam to liczne błędy autorów wykazują (*Reklinghausen* i inni). Daléj, im słabsze bierzemy rozczyny, tém one naturalnie mniéj działają na skład soczewki, a biorąc tak słaby rozczyn jak wyżéj podany, badamy niezmienione, o ile możności normalne, preparata. Wreszcie zachowanie wyrobów mikro-

---

1) Wiadomość o sposobie tym posłałem téż był na *pierwszy* zjazd lekarzy polskich w Krakowie, nie wiem co za uchybienie popełniłem, że jakkolwiek w sekcji fizjologiczno-anatomicznéj rozpraw do czytania bardzo prędko zabrakło, jednakże téj rozprawy nie czytano i w wydanym teraz opisie prac zjazdu tego pominięto ją także całkiem.

skopijnych jest daleko łatwiejsze, gdyż mniéj się z czasem zaciemniają,—stają niewyraźne, aniżeli zanurzane w rozczynach mocniejszych. W rozczynie takim (1: 800 albo 1: 1000) zostawiam soczewkę minut kilkanaście, a wziąwszy kawałeczek rozczynem owym nasiąkłéj, nieco ubrunatnionéj powierzchni, widzimy w każdym preparacie pod mikroskopem włókna soczewki bardzo wyraźne. W odpowiednich preparatach widzimy także jądra włókien soczewkowych bardzo pięknie.

Włókna soczewkowe stają się więc wyraźniejszemi, pytanie czy przez zabarwienie błon tych włókien rzeczywiste, czy przez to, że włókna się rozluźniają i od siebie odstają. Można wprawdzie tym sposobem włókna rozdzierzgać, jedne łatwiéj od drugich odłączyć i wykazywać, ale uwydatnienie to nie jest tylko rostąpieniem się włókien, lecz rzeczywistém zabarwieniem. Widać bowiem nieraz na wielkim obszarze jak najściśléj z sobą spojone włókna soczewki bez dostrzeżenia choćby najmniejszego przedziału, a mimo to widzimy uwydatnienie obrysów z błon włókienkowych. Daléj widzimy w miejscach, gdzie przerwane są włókna, brzegi zabarwione jako prążki poprzeczne. Rzeczywiście więc błonki samych włókien się zabarwiają. Do badania więc i wykazywania włókien soczewkowych, sposób ten polecić mogę i każdy o użyteczności jego z łatwością przekonać się może.

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

Oftalmologja.

Sprawozdawca Dr. **J. Talko**. (z Tyflisu).

(Dokończenie.)

Sous. O krwawym pocie w okolicy worka łzawego (*Annales d'oculistique*. Sept. Okt. 1869. str. 143—146).

Dość rzadka ta choroba trwała blisko 3 miesiące—i rozpoznana ustąpiła po 8 dniach kuracji. U 9-letniéj, mocno zbudowanéj krwisto-limfatycznego temperamentu dziewczynki, od Września 1866 r. bez żadnéj przyczyny, z lewego oka często oddzielał się krwisty płyn; zacząwszy od 14-go Listopada krwotok stał się częstszym, przecięciowo 10 razy na dzień. Przed każdym takim krwotokiem dziecko uskarżało się na czucie łażenia mrówek w lewéj dolnéj powiece, w sąsiedztwie wielkiego kąta oka, i po kilku minutach na skórze pokrywającéj worek łzowy widać było kilka kropel krwi. Powieki, caruncula lacrymalis i gałka oczna zupełnie były niezmienione; widzenie dobre; przy uciskaniu okolicy worka łzowego nic nie odpływało przez punkta łzowe. Zawierzywszy ojcu, że krew wydziela się z oka, Dr. *S*. początkowo przypuścił, iż takowa mogła się wydzielać lub z car. lacrymalis (taki sam przypadek obserwował *Kerstern* jak również *Szokalski* u pewnéj damy podczas miesiączkowania), lub téż z worka łzowego; pierwsze było prawdopodobniejszém, gdyż po każdym krwotoku caruncula stawał się bledszym. Przepisano umywanie rozczynem acet. plumbi. 25-go Listopada obfity krwotok podczas nocy. 26-go 18 krwotoków, spuchnięcie lewéj dolnéj powieki. 27-go 3 razy krwotok, co przetrwało do 5-go Grudnia. 5-go—7-go przeszło szczęśliwie, 8-go i 9-go krwotok się powtórzył. 10-go krwotok obserwowany był w obec lekarza: oko zaczęło łzawić, swierzbieć i po 2-ch minutach w okolicy worka łzo-

wego na przestrzeni 1 centym. zauważono kroplisto krwawy pot, którego krople szybko się zlewały w jedną. Fenomen ten trwał 3—4 minut i bardzo był podobnym do wydzielania się płynu z uciskanéj skórki pomarańczowéj. Diagnosis zmieniono na *pot krwawy*, i zalecono smarowanie tego miejsca skoncentrowanym rozczynem ferri sesquichlorati. 11-go Grudnia krwotok, 14-go 3 krwotoki, 15-go dwa, 17-go cztery, 18-go pięć—był to ostatni. Jaka była przyczyna tak częstych krwotoków? trudno odpowiedzieć—dziecko zupełnie było zdrowe i takowém pozostało, pomimo częstéj utraty krwi; krwotoki nie mogły także być zastępującemi miesiączkowanie, którego chora jeszcze nie miewała.

Łożecznikow. Brak naczyń siatkówki, stwierdzony oftalmoskopem (*Московская Мед. Газета*. Nr. 52. 1868).

Do najrzadszych zmian siatkówki należy zupełny brak widzialnych jéj naczyń. Jeden takowy przypadek obserwował *Graefe* u 10-letniego ślepego chłopca wraz z wrodzonym zanikiem lub z niedostatkiem siatkówki. W atlasie *Liebreich'a* przedstawiony jest rysunek syfilitycznego zapalenia naczyniówki z zanikiem siatkówki: tarcza nerwu optycznego uległa zanikowi, a naczynia wychodzące z niego stały się niewidocznemi, wyjąwszy 2 maleńkich naczyń w sąsiedztwie jego. Autor opowiada przypadek obserwowany w oftalmicznéj moskiewskiéj lecznicy, stwierdzający, iż naczynia siatkówki mogą z czasem same przez się znikać, resp. nie będąc wrodzoną wadą i nie zależąc od poprzedniego zapalenia błon oka.

Pewna 46-l. kobieta utraciła wzrok na prawe oko i słabo widziała lewém; nigdy nie cierpiała zapalenia oczu, wzrok słabł stopniowo bez żadnéj widocznéj przyczyny, dopiero od lat kilku. Dioptr. środki oka znaleziono przezroczystemi; rozszerzone źrenice, powiększone wewnątrzoczne ciśnienie, znaczne zagłębienie tarcz n. optycznych, szczególnie prawego, mówiły na korzyść t. z glaucoma simplex. Przytém w prawém oku dostrzeżono zupełny brak tarczo-siatkowych naczyń i tylko po kilkakrotném badaniu wziernikiem, przy znaczném powiększeniu, zauważono od zewnątrz dolnego brzegu tarczy coś przypominającego ślady naczyń: mianowicie 3 cienkie białawe nitki, być może uległe zanikowi krwionośne naczynia. Odrzucając przyczynę zapalną a także zatorową (embolia art. centr.) p. *Ł*. obwinia tu glaukomatyczne cierpienie oka, a mianowicie uciskanie naczyń siatkówki na brzegu zagłębionéj glaukomatycznéj tarczy: w skutek czego widzialne oftalmoskopem naczynia uległy stopniowo zanikowi. Bez kwestji te części oka nie były zupełnie pozbawionemi naczyń odżywczych, albowiem gdy *Braun* wykonał w tym oku irydektomję, na tarczy i w sąsiedztwie jéj powstały extrawazaty w skutek hyperemji ex vacuo (przedstawiono to na rysunku), i widzialne przed tém ślady naczyń stały się cokolwiek widoczniejszemi.

H. Derby. Atropina przy chronicznym glaukomacie. *W Transactione of the American Ophthalmological Society* (1869. str. 35) znajdujemy wiele ciekawych spostrzeżeń, ostrzegających lekarzy-praktyków co do użycia atropiny, przy chr. glaukomacie. Od zapuszczenia do oka rozczynu atropiny dość często obserwowano przejście chron. glaucomatu w ostrozapalny. W ostatniéj swéj pracy o glaukomacie, nieoszacowanéj pod względem wielu praktycznych uwag., Prof. **A. v. Graefe** (*Archiv f. Opthalm*. 15. Bd. Abt. 3. str. 197) stwierdza spostrzeżenie *Derby:* chroniczno-glaukomatyczny stan oka, szczególnie przy secund. gl. od wewnątrzocznych guzów, po użyciu atropiny łatwo przechodzi w silny napad glaukomatyczny.

J. Sichel. Remarques pratiques sur l'abus de l'atropine comme collyre etc. (*Annales d'Oculistique*. 1868. Mars—Avril. str. 155—163).

Siarczan atropiny, tak wielkie usługi przynoszący w praktyce okulisty, jako środek rozszerzający źrenicę, zdaniem *S*. dziś często bezpotrzebnie jest używany w niektórych chorobach oczu, gdzie sztuczne rozszerzenie źrenicy gra tylko rolę poboczną lub wcale żadnéj; w ostatnim razie więc bywa nietylko niepotrzebnym lecz nawet szkodliwym środkiem. „Mówiono i pisano już dużo przeciw krynolinom i innym wybrykom pomysłu, mówi ś. p. *S*., potrzeba więc żeby i w medycynie od czasu do czasu odzywał się głos przeciwko nadużyciom panującéj mody i rutyny ślepéj i szkodliwéj. Ale niestety! bodajby to nie był głos wołającego na puszczy!" Najprzód co do iritis: Widzimy, że niektórzy lekarze zapominając o innych środkach, zupełnie polegają na atropinie, gdy tymczasem zapalenie bę-

dzie trwać i przy rozszerzeniu się źrenicy, i chorobę można tylko zwalczyć użyciem tego środka wraz z przeciwzapalném leczeniem. Jeśli atropiną rozszerzymy źrenicę u zwierzęcia i igłą drażnić będziemy tęczówkę, to jednocześnie z mydriasis obserwować będziemy iritis acuta. Nieracjonalne i nieprzebaczone jest używanie atropiny przy conjunct. pustulosa, granulosa, a także przy zapaleniach rogówki, nawet naczyniowatych (pannus); gdyż najprzód rozszerzenie to źrenicy powiększa rozdrażnienie siatkówki, a po 2-e atropina sama przez się drażni zewnętrzne błony oka, czasami wyzywając dość silne ich zapalenie. Następnie *S.* zwraca uwagę na nierzadkie przypadki otrucia się kroplami atropiny. Prócz idiosynkrazji często ułatwiającéj wessanie jéj na powierzchni oka (taki przykład *S.* obserwował u pewnéj damy, u któréj wkraplane do oka laudanum natychmiast wywoływało narkotyzm), otrucie atropiną w tych razach zależy i od nieprawidłowo-umiarkowanego zapuszczenia kropel do oka, szczególnie za pomocą kauczukowych pęcherzyków i przytém do wielkiego (wnętrznego) kąta oka, skąd łatwiéj płyn dostaje się przez nos do gardziela lub po twarzy spływa do ust. Najlepiéj więc wkraplać rozczyn atropiny do kąta zewnętrznego oka i to za pomocą pęzelka.

Parfenenko. Zrośnięcie powiek prawego oka i grzybiaste przerodzenie lewego. (*Кавк. Медиц. Сборникъ.* Nr. 3 Tyflis).

Autor opowiada o operacji jaką wykonał u pewnéj 5-letniéj kabardyńskiéj dziewczynki, urodzonéj ślepą w skutek zupełnego zrośnięcia powiek. 3 lata stan oczu dziecka pozostawał in statu quo, dopiero w 4 roku życia po operacji perskiego pseudo-okulisty, który rozcinając lewe powieki ranił i gałkę oczną, z téj ostatniéj zaczął wyrastać krwawiący guz w formie grzyba, który doszedł wielkości gruszki. Brzegi prawych powiek, których nie trącał szarlatan, zupełnie z sobą były zrośniętemi: na miejscu zrośnięcia znajdował się podwójny rząd krótkich rzęsów; powieki nieprzyrośnięte do gałki ocznéj. *P.* najprzód wykonał enucleatio bulbi sin.; następnie po 2 tygodniach, w celu zakrycia oczodołu, zszył powieki i nakoniec po 3-ch tygodniach przystąpił do otwarcia prawego oka. (Ta ostatnia operacja zrobioną była za pomocą skalpela, złobkowatego przewodnika i nożyczek). Po rozcięciu błonki między 2-ma rzędami włosków została odkryta niezmieniona gałka oczna, która szybko zaczęła się ruszać w skutek światłowstrętu. Chora trzymana była w ciemnym pokoju z otwartemi za pomocą ligatur i lepkiego plastru powiekami. Po 3-ch tygodniach dziecko zupełnie zostało uleczoném. Autor przypisuje, iż jakoby przyczyna zrośnięcia powiek u dziecka zapewne wywołaną była w macicy zapalnym ich stanem. W mojéj rozprawce także drukowanéj, zastanawiając się nad tém spostrzeżeniem dość ciekawém pod wielu względami, gdyż ancyloblepharon totale zony (atresia palp. *Swediaur*) należy do rzadkich zjawisk, starałem się dowieść, iż takowa przyczyna téj anomalji jak oftalmja zarodka (*Beer*, *Billard* i *Seiler*) dziś odrzucona; powieki zwykle zrośnięte u zarodka zostały takowemi i po narodzeniu się dziecka (*Ammon*). Zszycie powiek po wycięciu gałki ocznéj także, zdaniem naszém, było nie w miejscu, przez to zamyka się oczodół i nie prawidłowo rozwijać się będą sąsiednie kości ze wzrostem dziecka.

Leber. Ueber Retinitis pigmentosa und angeborene Amaurose. (*Archiv f. Ophthalmologie.* 15 Bd. 3 Abth. 1869).

Dr. *L.* jest tego zdania, iż wiele dzieci rodzi się ślepemi w skutek pigmentacji siatkówki (ret. pigmentosa). Widziano nawet familje, w których wszystkie dzieci przychodzą na świat ślepemi. Nie zawsze jednak ta ostatnia choroba datuje się od czasu narodzenia: tak *Mooren* na 82 jéj przypadków, 2 tylko liczy przyrodzonych. Anatomicznie podobnie zmieniona siatkówka była tylko badaną przez *Donders'a*, *H. Müller'a*, *Junge*, *Schweger'a*, *Pope i A. Pagenstecher'a.* Badania te jednakże nie rozwiązały gordyjskiego węzła: jakiemu rodzajowi zmiany ulega tu siatkówka i skąd się w niéj bierze barwnik? Autor detalicznie opisuje mikroskopiczne zmiany oczu u pewnego 20-letniego mężczyzny, ślepego od urodzenia, który zmarł na tyfus w klinice *Traube'go.* W dzień śmierci wykryto oftalmoskopem typową retinitis pigmentosa. Z badań mikroskopicznych Dr. *L.* wnioskuje, iż w takich razach ulega tylko zmianie naczyniówka i siatkówka, a mianowicie znaleziono: *zanik nerwowych elementów téj ostatniéj*, zupełny w zewnętrznych warstwach (główna przyczyna ślepoty),

mniejszy w warstwie włókien, zwiększający się od środka ku peryferji błony; *hyperplazję tkanki łącznéj* — osnowy błony siatkowéj wraz z uformowaniem się warstwy téj tkanki na wewnętrznéj powierzchni nerwowych włókien; *zgrubienie i sclerosis ścian naczyniowych, siatkowata pigmentacja* we wszystkich warstwach, szczególnie w kierunku naczyń; *znaczną zmianę warstwy pigmentowego nabłonka wraz z widocznemi naroślami szklistéj błonki;* nakoniec nie wielkie, ograniczone i uległe stłuszczeniu wypociny pomiędzy naczyniówką i siatkówką. W skutek takich rezultatów *L.* proponuje tu termin chorio-retinitis pigmentosa, chociaż powiada, iż cały ten proces możnaby wytłómaczyć li tylko cierpieniem siatkówki, gdyż, opierając się na embrjologji oka, pigmentowy nabłonek naczyniówki prędzéj odnieść można do siatkówki niż do téj ostatniéj. Pigmentacja siatkówki w danéj obserwacji szczególnie widoczną była w kierunku naczyń siatkówki, a więc bardziéj w wewnętrznych jéj warstwach. Pigment, rozrzucony w formie siatkowatéj, zebrany był w komórkach przylegających i nawet wrastających w zgrubiałe ściany naczyń; znajdywano także i swobodne ziarnka barwnika. Główne naczynia siatkówki swobodne były od zabarwienia.

Dodać tu muszę, iż, będąc w Warszawie, dałem jedno oko z retinitis pigmentosa dla mikroskopicznego zbadania D-rowi *Wolfring'owi*, który ma sposobność sprawdzać poszukiwania *Leber'a.*

W Krakowie w poliklinice D-ra *Rydla* obserwowaliśmy bardzo ciekawy fakt, zanotowany już przez *Liebreich'a* i innych, a mianowicie retin. pigmentosa u wielu członków pewnéj włościańskiéj familji,—rodzice któréj byli spokrewnieni z sobą. Szan. kolega krakowski miał zamiar ogłosić swoje poszukiwania w tym przedmiocie, tak jeszcze dziś skąpo traktowanym.

Medycyna sądowa.

O znaczeniu brózd na szyi powieszonych i uduszonych.

Sprawozdawca Dr. **Blumenstok** Doc. Univ. Jagiell.

W czasach, w których lekarze sądowi przywykli byli ufać więcéj znakomitościom zawodowym, aniżeli własnym oczom, znachodzono w każdym przypadku śmierci przez powieszenie przy nacinaniu brózd szyjnych podskórne krwi wylanie. Gruntowne poszukiwania pp. *Devergie* i *Orfili* w Paryżu, a głównie *Casper'a* w Berlinie, wykazały mylność tego dogmatu sądowo-lekarskiego; lecz i badacze ci, zwłaszcza ostatni, w twierdzeniach i wnioskach swych posunęli się zbyt daleko. Dowodzili oni bowiem: 1) że rzeczywiste wynaczynienie krwi występuje *nader rzadko* w brózdzie szyjnéj u powieszonych; 2) że brózda w ogólności jest czystym *objawem pośmiertnym* i 3) że *kształt brózdy* nie zależy wcale od rodzaju użytego narzędzia. Tym sposobem brózda straciłaby wszelkie znaczenie sądowo-lekarskie, albowiem nie posiadałyby żadnych cech właściwych, któremiby lekarz sądowy mógł się posługiwać w celu rozwiązania nader ważnego pytania, czy człowiek został powieszony za życia, lub dopiero po śmierci, i jakiego użyto narzędzia? Doświadczenie nauczyło atoli, że i wspomnione właśnie twierdzenia nie są wcale pewnikami, albowiem: 1) *Maschlla*, *Tardieu*, a nawet sam *Casper* mieli sposobność widzenia powieszonych, a zawczasu do życia przywróconych, z wyraźnemi brózdami twardemi, pargaminowemi,—a więc brózda szyjna nie jest wcale objawem pośmiertnym w ścisłém tego słowa znaczeniu, chociaż *zazwyczaj* powstaje dopiero po śmierci, ale tylko z powodu, że u powieszonych śmierć następuje szybko, bo najdaléj w przeciągu 10 minut; w przypadkach zaś wyjątkowych, to jest, jeżeli powieszony nie umiera, wytwarza się brózda i za życia, nie mniéj wyraźnie, aniżeli po śmierci. 2) Wpływ narzędzia na kształt i jakość brózdy częstokroć jest tak uderzającym, że istotnie trudno pojąć, dlaczego go *Casper* tak stanowczo wykluczył. Wszakże sam przypuszcza dwojakiego rodzaju brózdy, to jest: *miękkie*, rozmaicie zabarwione, zdziałane narzędziami gładkiemi, miękkiemi — i *strupieszałe*, pozostałe po użyciu narzędzi twardych, szorstkich; a każdemu lekarzowi sądowemu wiadomo, jak dokładnie odbijają się w brózdzie szyjnéj pewne częsci narzędzia duszącego, jak: guzy, węzły, sprzączki itp.

Twierdzenie pierwsze atoli, a mianowicie, że brózdy u powieszonych nawet za życia, bardzo rzadko bywają połączone z podbiegnięciem krwi, po dziś dzień nie jest jeszcze stanowczo rozstrzygniętém. Panowie *Liman* i *Tardieu*, znani z przeciwieństwa swego w kilku kwestjach tyczących się śmierci z uduszenia, i pod tym względem różnią się w zapatrywaniach swoich. Na podstawie swych badań twierdzi *Liman*, że wynaczynienie krwi *nigdy* się nie zdarza w brózdzie powieszonych, a jeżeli przecież występuje, to tylko wtedy, jeżeli oprócz powrozu działał inny jeszcze gwałt (Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medicin von *Horn*, 1868, zeszyt 2); *Tardieu* zaś pisze w najnowszém dziele swojém p. t. „Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation, Paris 1870," na str. 37: „On voit, *dans un petit nombre de cas seulement*, la peau, légèrement excoriée et offrant sur quelques points *de petites ecchymoses* superficielles, tout à fait distinctes de la teinte violacée, uniforme et étendue que présentent les lèvres du sillon." A więc *Tardieu* czasem przynajmniéj widywał wylanie krwi w brózdzie, tak jak *Casper*, podczas gdy *Liman* nigdy go nie widział. W roku przeszłym umieściłem w „*Przeglądzie lekarskim*" kilka uwag nad tym przedmiotem, w których wspomniałem, że zdanie *Limana* nie przemawia do mego przekonania; wprawdzie sam nigdy nie widziałem wynaczynień w brózdach szyjnych u powieszonych, ale widziałem je w innych częściach ciała po silniejszém takowych opasaniu, a z tego powodu, przypuścić nie mogłem, aby wynaczynienie krwi w brózdzie szyjnéj było niemożliwém. Dla tego twierdzenie *Tardieu'go* tém prawdopodobniejszém mi się być zdaje, zwłaszcza, że ono zgadza się zupełnie ze zdaniem wielce doświadczonego *Casper'a*. Zkądże to atoli pochodzi, że rzecz tak prosta dotąd nie jest rozstrzygniętą? Oto ztąd, że lekarz sądowy nie zbyt często ma sposobność dochodzenia śmierci osób zmarłych z powieszenia, a to z powodu, że osoby te zazwyczaj są samobójcami; samobójstwa zaś sądy rzadko kiedy dochodzą, i to nietylko w państwie Austrjackiém i w Niemczech, ale i we Francji, na co i *Tardieu* (l. c. pag. 3) utyskuje. Tak więc pomimo częstości śmierci przez powieszenie, pomimo że np. we Francji w r. 1869 śmierć przez powieszenie stanowiła 46% wszystkich samobójstw, nie wypada dziwić się, że medycyna sądowa nie zdołała dotąd wypowiedzieć ostatniego słowa w téj sprawie, tak samo, jak np. do niedawna, każdy autor sądowo-lekarski podawał inne znamiona śmierci z zaczadzenia, pomimo, że śmierć ta wcale nie jest rzadką, ale również nie staje się przedmiotem dochodzenia sądowo-lekarskiego, z powodu, że z zaczadzenia zamierają zwykle ludzie przez nieostróżność, lub samobójcy.

Przy takim stanie rzeczy kazda wiadomość, oparta na dokładném badaniu, a podana przez lekarza rozporządzającego większym materjałem, staje się dla każdego lekarza sądowego nader pożądaną. Najnowsza praca przedmiotu tego tycząca się, ogłoszona w czasopiśmie berlińskiém „*Vierteljahrschrift f. ger. Medicin* 1870, 2 Heft" przez D-ra *J. Neyding'a*, prosektora przy uniwersytecie w Moskwie, jest ważnym przyczynkiem do nauki o brózdzie szyjnéj u powieszonych, a to tém bardziéj, o ile autor nie uprzedzony z góry zasadami ogólnemi, głoszonemi przez znakomitości naukowe, zdążał do celu swego samodzielnie, zastanawiając się właśnie nad jedyném dotąd nierozstrzygniętém pytaniem: *czy brózda u powieszonych połączoną bywa z podbiegnięciem krwi, lub nie?*

Otóż autor przedewszystkiem nie zgadza się również z *Limanem*, jakoby wynaczynienie krwi w brózdzie nigdy się nie znachodziło, gdyż uważał już dawniéj 5 przypadków z wylaniem krwi, przyczem niemożna było przypuścić, aby oprócz powrozu inny jeszcze gwałt był działał na szyję. Następnie zauważył, że w przypadkach, w których do powieszenia użyto pętli podwójnéj, brózda czasem okazuje się podwójną, i rozdzieloną albo wzdłuż całego przebiegu swego, albo tylko częściowo prążkiem wyniosłym, czerwonawym. Zjawisko to Dr. *Neyding* słusznie tłomaczy w ten sposób, że przy działaniu dwóch postronków wązki pasek skóry między niemi znajdujący się, nie ulega uciskowi, skutkiem czego drobne naczynia krwionośne z powodu uniemożebnionego odpływu krwi pozostają przepełnionemi i wywołują czerwone zabarwienie całego prążka. Późniéj Dr. *N.* miał sposobność przekonania się, że prążek ten czerwonawy wytwarza się i po działaniu jednego tylko narzędzia duszącego, a w tym razie znachodzi się nie w środku brózdy, lecz przylega do górnego lub dolnego jéj brzegu. Obecność takiego prążka już sama przez się przemawia za

tem, że w chwili, gdy pętla założoną została, obieg krwi w drobniejszych naczyniach skórnych był jeszcze swobodny, azatém przemawia za założeniem pętli za życia człowieka. Autor niepoprzestając na tém, badał przerzeczone prążki pod mikroskopem i przekonał się, że naczynia w nich istotnie są przepełnione, *a nawet ze się znachodzą drobne wynaczynienia.* Powodując się tym wynikiem Dr. *N.* rozciągnął poszukiwania swe mikroskopijne do całéj brózdy; pooddzielał skórę, na któréj brózda się znachodziła, wraz z tkanką komórkowatą, biorąc takową z środkowéj krzywizny szyi, gdzie brózda zazwyczaj jest wybitniejszą, a krew po śmierci późniéj się opuszcza. Skórę tę przechowywał w wyskoku, a następnie przecinał ją wraz z tkanką komórkową, wzdłuż i poprzek, badając ją przy slabém powiększeniu (50 do 100). Na 30 przypadków znalazł *25 razy* tak w skórze, jako i tkance komórkowéj *naczynia przepełnione oraz wynaczynienia*, bez względu, czy brózda połączoną była z prążkiem czerwonym, lub nie. Mikrospijne te przekrwienia i wynaczynienia przedstawiają się na przekroju oku nieuzbrojonemu jako kropki czarne lub żółte, rozsiane już to w środku, już to przy brzegach brózdy. Są one okrągławe lub jajowate i mają w średnicy $^1/_{25}$ do $^1/_5$ linji. Najczęściéj obok wynaczynienia większego, znajduje się kilka pomniejszych, a częstokroć są one połączone z naczyniem przepełnioném, i umiejscowione *na granicy między skórą a tkanką komórkową.* Oprócz tego znachodzą się bardzo małe wybroczyny w cebulkach włosowych lub w ich sąsiedztwie.

Umiejscowienie i kształt wybroczyn tłomaczą się dostatecznie z przebiegu naczyń krwionośnych w skórze i tkance komórkowéj, wiadomo bowiem, że znaczniejsze naczynia przebiegają na granicy skóry i tkanki komórkowéj, podczas gdy skóra sama nie obfituje w naczynia.

Autor zadaje sobie następnie pytanie, w jaki sposób wynaczynienia i przekrwienie powstawają w brózdach, i czy one nie są przypadkiem objawami pośmiertnemi, a mianowicie opuszczeniem się krwi po śmierci? W tym celu zastanawia się nad warunkami, wśród których naczynia krwionośne części ugnieconéj pozostawają.

Pętla założona na szyję ugniata skórę i tkanki pod nią się znajdujące, w skutek czego wypchnięte zostają części płynne. Przy powieszeniu pętla jako własnym ciężarem ciała nagle ściągnięta, ugniata szyję jednostajnie, podczas gdy przy uduszeniu, gdy ręka ludzka ściąga pętlę, ugniecenie nie jest jednostajne; w obydwóch zaś razach ugniecenie jako rozciągające się do większéj płaszczyzny, nie jest zbyt silném, a przynajmniéj nie sięga bardzo głęboko. Dlatego też brózda bywa dość płytką, a skóra ugniecona mniéj więcéj suchą z powodu wypchnięcia części płynnych; najbardziéj suchą będzie ona wtedy, jeżeli w skutek ugniecenia przyskórnie została otartą, jest ona wtedy *strupieszałą* i jako taka objawem pośmiertnym.

Krew wypchnięta z naczyń skórnych dostaje się do naczyń głębiéj ułożonych, a ponieważ ugniecenie nie sięga głęboko, gdy nadto obieg krwi skutkiem porażenia serca dość szybko ustaje, powieszenie *najczęściéj niewywołuje wynaczynień makroskopijnych*, które występują tylko przy silnych ruchach kurczowych, przy wielkiéj twardości lub guzowatości narzędzia duszącego i t. p. lecz o wiele łatwiéj i częściéj występują wynaczynienia mikroskopijne. Nasamprzód zdarzają się przeważnie na granicy brózdy, a są one tylko drobnowidzowe, ponieważ światło naczyń jest bardzo małe. Lecz i w samych brózdach również występują, a to z powodu, że narzędzie duszące rzadko kiedy jest całkiem gładkie, że więc ze stanowiska drobnowidzowego ucisk, jakie ono wywiera, przecież niejest całkiem jednostajny. Rozumie się przez się, że nigdy przewidzieć nie można, w któréj części brózdy wynaczynienia się znajdą, że więc wypada robić cięcia w rozmaitych kierunkach, aby w rozmaitych punktach brózdę zbadać.

Przeciw przypuszczeniu, jakoby przekrwienie i wynaczynienie mogło być objawem pośmiertnym, przemawia ważna ta okoliczność, że tam gdzie krew u trupów zazwyczaj się opuszcza, wystarcza ucisk nawet nieznaczny, aby opuszczenie wstrzymać; dla tego też części te ciała, któremi trup dotyka się podkładki, jak pośladki, okolica łopatek, są zazwyczaj blade. Z tego samego powodu w brózdzie saméj krew nie opuszcza się; dzieje się to tylko na granicy brózdy i to przy znacznie rozwiniętéj zgniliznie; nigdy atoli przy opuszczaniu się krwi nie znachodzimy w tkaninach ściśle ograniczonych wynaczynień.

W celu usunięcia wątpliwości, czy objawy występujące w skutek powieszenia i uduszenia, nie mogą wystąpić i w skutek strangulacji na trupach dokonanéj, autor robił doświadczenia na królikach i na zwłokach ludzkich i przekonał się, że strangulacja po śmierci wywołuje wprawdzie jak wiadomo brózdę, lecz ani razu nie widział ani wynaczynień w takowéj, ani prążka czerwonego na jéj granicy.

Wreszcie autor dochodzi do następująch wniosków:

1. Wybroczyny makroskopijne w brózdzie szyjnéj znachodzą się rzadko u powieszonych i uduszonych.

2. Znachodzą one się częściéj u uduszonych, aniżeli u powieszonych.

3. Najczęściéj znachodzą się w skórze i w tkance łącznéj brózdy, drobnowidzowe przekrwienia i wynaczynienia.

4. Przekrwienia i wynaczynienia te obok należytego uwzględnienia innych objawów i okoliczności towarzyszących każdemu szczegółowemu przypadkowi, przemawiają, a nawet dowodzą, że pętla założo~ została za życia człowieka.

Dr. *Neyding* zamierza czynić dalsze poszukiwania w tym kierunku; obowiązkiem zaś lekarzy sądowych będzie poddać dotychczasowy wynik jego badań dokładnéj kontroli, gdyż praca jego zapowiada ważny zwrot w zapatrywaniu się na znaczenie brózdy u powieszonych, w zapatrywaniu, które od czasów *Casper'a* wszyscy lekarze sądowi podzielają.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Posiedzenia towarzystw lekarskich francuzkich w m. Maju.

Spraw. **Gustaw Lewandowski**, lekarz praktykujący w m. Radomiu.

AKADEMJA LEKARSKA.

PP. *Parrot* i *Dusart* przedstawili uwagi nad stłuszczeniem organów trzewiowych w zatruciu fosforem. Przy doświadczeniach nad infiltracją tłuszczową trzewiów tak w stanie fizjologicznym jak i chorobnym, zastanawiali się nad skutkami trującemi fosforu, a rezultaty do jakich doszli i wnioski patogenetyczne, jakie z nich wyprowadzili, różne są od opinji innych badaczów.

Własności chemiczne fosforu, jego wysokie powinowactwo do tlenu, służyły za punkt wyjścia w poszukiwaniach nad wpływem jego na ekonomję zwierzęcą. Dla tego téż z kolei posądzano go, że zabiera tlen kulkom krwi, niszczy chemicznie pewne tkaniny, w końcu, że zanieczyszcza najważniejsze płyny w ekonomji produktami swego utlenienia, to jest kwasem fosforowym.

PP. *Parrot* i *Dusart* odrzucają te tłomaczenia, ponieważ są one w niezgodzie z rezultatami ich doświadczeń, gdyż takowe dowodzą, że doza trująca fosforu może być zredukowaną do tak małych ilości, że silne zaburzenia, jakim pomimo tego ulega organizm, niepodobna jest odnieść do utraty tlenu przez kulki krwi lub do powstania pewnéj małéj ilości kwasu fosforowego.

Następujące doświadczenie, wzięte z pomiędzy wielu innych, nie pozostawia w tym względzie wątpliwości. Królik ważący $2\frac{1}{2}$ kilogramów dostał pigułkę zawierającą 15 milligr. fosforu, rozpuszczonego w siarku węgla. Następnego dnia stracił apetyt, ruchliwość, lecz ciepłota jego ciała nie uległa zmianie. We dwa dni przestał jeść. Jeszcze dzień późniéj przy ciepłocie pierwotnéj oddał małą ilość moczu bardzo kwaśnego, a 4-go dnia po użyciu fosforu zdechł, straciwszy na wadze 250 grm. Autopsja nie wykryła żadnych zmian w trzewiach.

Przypuszczając, że 15 milligrm. fosforu, które zabiły królika, przeszły w kwas fosforowy, to póchłonęły 18 milligrm. tlenu, który na objętość przedstawia 12 centimetr. kubicznych—ilość nadzwyczajnie małą odnośnie do téj, jaką zwierzę pochłonęło od chwili strawienia trucizny do śmierci i wyrównywającą zaledwie ilości wprowadzonéj w ciągu minuty

przy normalnych warunkach oddychania. Należy dodać, że kwas fosforowy w takiéj ilości wystarczyłby zaledwie do nieznacznego zakwaszenia soku gastrycznego.

Aby zdać sobie sprawę z działania trującego fosforu, trzeba rozróżnić przypadki, gdzie śmierć przychodzi nagle, od tych, gdzie zatrucie ma miejsce zwolna. W 1-ym razie przemagają zaburzenia gastryczne i respiracyjne. Zwierzęta nie trawią pokarmów, womitują obficie i zdychają pośród objawów nadzwyczajnéj dyspnei. Brak wszelkich zmian anatomicznych nakazuje odnieść objawy do wpływu trucizny na ośrodki nerwowe, a przez te na nerw błędny.

Gdy śmierć następuje wolno, ekzamen trzewiów wykazuje najczęściéj infiltrację tłuszczową czynnych elementów, lecz steatoza ta nie powinna być braną za jedno z przerodzeniem tłuszczowém. Pierwsze bowiem wyrażenie winno oznaczać stan organów, w którym ich elementa przywłaszczają sobie tłuszcz ze krwi tak w stanie fizjologicznym, jako téż i pod wpływem choroby; degeneracja zaś tłuszczowa charakteryzuje się przez przemianę tkanin— przemianę, któréj nie można wytłómaczyć inaczéj w obecnym s nie nauki, jak tylko przypuszczając spalenie niekompletne elementów składających tę tkaninę. Dzieje się tam istotna nekrobioza, w któréj części zaattakowane znikają prawie zupełnie, pozostawiając jako ostatni produkt tylko niewielką ilość materji tłuszczowéj. Lecz przy zatruciu fosforem nie ma nic podobnego, najprzód dla tego, że tłuszcz występuje niekiedy z nadzwyczajną szybkością, niepodobném więc byłoby odnieść pochodzenie jego do utlenienia molekularnego tkanin. Powtóre, proces degeneracji wstecznéj zmniejsza znacznie części dotknięte, ponieważ np. 100 części muskułów wydaje tylko 4—5 części materji tłuszczowéj — autopsje zaś dokonywane tak na ludziach, jak i na zwierzętach zatrutych fosforem, uczą, że w największéj liczbie przypadków wątroba, która ze wszystkich organów jest najczęściéj i najgłębiéj zmienioną, przedstawia objętość znacznie większą od średniéj fizjologicznéj, a komórki jéj wypełnione ogromną ilością drobinek tłuszczowych, są do tego stopnia zdeformowane, że ściany ich stają się zupełnie niewydatnemi. Toż samo dzieje się z nerkami i sercem.

Lecz jeżeli tłuszcz w zatruciu fosforowém nie powstaje z miejscowego przerodzenia tkanin, zkąd więc pochodzi? Ponieważ ze zmniejszoną ilością pokarmów jaką zatruty przyjmuje, bardzo mała tylko ilość tłuszczu dostaje się do organizmu, pochodzić więc on musi z tkanki podskórnéj tłuszczowéj i z nagromadzonéj jego ilości około wielu organów. Gdy zaś ilość pracy każdego organu reguluje zużycie i przypływ elementów palnych, a że czynność wątroby jest wysoką jak dowodzą liczne jéj funkcje i wyższa temperatura krwi, jaka ją przepływa, także czynność serca i nerek, organa więc te przyciągają do siebie elementa palne ze krwi, tłuszcz zaś opierając się najbardziéj utlenieniu, najwięcéj znajduje się nagromadzony w organach, gdy śmierć przecina życie organizmu jeszcze niewycieńczonego.

Jeżeli zaś działanie trucizny jest wolne, przewlekłe, znika nietylko tłuszcz fizjologiczny, ale i ten, który nagromadził się w komórkach wątroby i nerek i we włóknach mięsnych serca.

Pogląd ten teoretyczny stwierdza doświadczenie: Świnki morskie, które opierały się kilka tygodni działaniu fosforu, zdychały zupełnie pozbawione tłuszczu; zwierzęta zaś chude w stanie naturalnym i przyjmujące tylko małą ilość tłuszczu w pokarmach, nie mają w żadnym perjodzie zatrucia organów stłuszczonych.

Tak więc fosfor nie przeistacza tkanin w materję tłuszczową,—nie robi tłuszczu— przenosi tylko znajdujący się w organizmie z jednego miejsca na inne. Wywołuje steatozę organów nie przez działanie chemiczne, lecz w skutek własności, któréj natura jest nam jeszcze nieznaną.

Dr. *Vigla* odczytał rapport z rozprawy p. *Burdel* o stosunku dziedziczności raka i gruźlicy, która na tém większą zasługuje uwagę, że jest oparta czysto na obserwacji.

Podług zdania p. *Burdel* rak rodzi prawie równie często gruźlicę w następném pokoleniu, jak sama gruźlica. Różnica jaką mógł zauważyć jest 60—80 na 100. Inne choroby chroniczne mogą także być przyczyną gruźlicy; lecz podczas gdy na 100 małżeństw,

u których widział raka, 75 razy dzieci ulegały gruźlicy, 15 razy tylko na 100, obserwował gruźlicę powstającą z innych chorób chronicznych.

Na 100 familji, które były przedmiotem obserwacji do rozprawy, 79 cierpiących raka wydały na drodze dziedzictwa prostego lub następczego 237 indywiduów tuberkulicznych. Oprócz tego p. *Burdel* opisuje historję patologiczną 20-u familji, którą sprawozdawca nie wacha się ogłosić jako wzór w tym rodzaju pracy statystycznéj. Pan *Vigla* zapytuje jednak, czy istotnie fakta te dowodzą pokrewieństwa raka i gruźlicy? Choroby te wspólne danéj miejscowości może rozwijają się równolegle, niezależnie jedna od drugiéj, w skutek warunków właściwych każdéj, a nie na drodze dziedziczności. Każde zwyrodnienie dowodzi osłabienia albo zboczenia w odżywianiu, którego początek sięga czasem kilku generacji, ale w następstwie według usposobienia indywidualnego rak może zrodzić raka, gdzieindziéj gruźlicę.

Sprawozdawca znajduje w rozprawie p. *Burdel* nowe przypuszczenie, to jest, że gruźlica dzieci pochodzi czasem z raka rodziców ukrytego, mającego dopiero powstać, czego autor dowodzi licznemi obserwacjami zasługującemi na uwagę.

Wreszcie sprawozdawca oświadcza, że ideje p. *Burdel* nie są do odrzucenia, bo trudno jest posunąć daléj poszukiwania nad wpływem dziedziczności, należy tylko czekać, aby inni badacze i w innych krajach stwierdzili te poszukiwania.

P. *Davaine* odczytał rozprawę o sposobach powstawania i szerzenia się karbunkułu. Należy według niego odpowiedzieć na 2 pytania: 1-o Jaki jest początek przypadków choroby niewytłómaczonych przez zarażenie. 2-o Jakim sposobem przychodzi do skutku zarażenie. Co do 2-go dowodzi on doświadczeniami i indukcją przez analogję, że zaraza szerzy się głównie przez muchy niekłujące, które przenoszą na ranę zwierząt krew ze szczątek zwierzęcych, i przez muchy kłujące, ktore przenoszą na zwierzęta zdrowe krew zebraną na chorych.

Zarzuty jakie robią zdaniu p. *Davaine* oparte są na przypadkach choroby, które w braku dowodów powstania przez zarażenie uważane są za samorodne. Autor więc oddał się poszukiwaniom dla wytłómaczenia takich przypadków, co tém więcéj było konieczném, że miejsca powstawania samorodnego choroby są niejako ogniskami zarazy i punktem wyjścia epidemji karbunkułowych, poznanie więc sposobu powstawania poda środki przygaszenia epidemji w ich źródle. P. *Davaine* nie przypuszcza powstawania samorodnego bakteridów, tych zarodków żyjących choroby karbunkułowéj; nie wierzy także w samodzielność karbunkułu, który według niego znajduje zawsze w bakteridach przyczynę swojego powstawania i szerzenia się.

Żadnéj nie ma trudności w przeniesieniu choroby przez krew karbunkułową płynną; tu zaraza szerzy się przez zetknięcie z raną, zaszczepienie choréj krwi lub nawet przez wprowadzenie do żołądka pokarmów i napojów zatrutych. Lecz nie w ten sposób powstają świeże epidemje lub pojedyncze przypadki choroby. Takowych powstanie tłómaczy pan *Davaine* w następujący sposób: Ponieważ krew zeschnięta zwierząt zdechłych w skutek karbunkułu przechowuje bardzo długo własności zaraźliwe, niech więc szczątki jéj najdrobniejsze gdziekolwiek w miejscu suchém (jest to warunek niezbędny) pozostaną, mogą nawet po kilku latach dać początek chorobie, jeśli przyjdą w zetknięcie z raną świeżą, a może nawet po dostaniu się do organizmu przez gębę zwierzęcia. Dla tego więc nad zabudowaniem, gdzie raz była choroba karbunkułowa, przez długi szereg lat wisi groźba jéj powrotu. W zabudowaniu wilgotném, a zatém i w kraju błotnistym, jad nie konserwuje się tak długo, a nawet szczątki zatrute naniesione wiatrem łatwiéj niszczeją, co tłómaczy rzadkość téj choroby w okolicach wilgotnych, gdzie panuje kacheksja wodnista, a nie w skutek przypuszczalnego antagonizmu, jak to niektórzy uważali.

Jedném słowem, mówi p. *Davaine*, jeśli nie przypuścimy, że krew karbunkułowa używa innych własności w laboratorium, niżeli w oborze lub w owczarni, wtedy musimy wierzyć, że szczątki krwi zeschniętéj, przechowanéj w suchém miejscu, mogą po roku, dwóch

latach, a może więcéj zrodzić chorobę karbunkułową, jeśli przypadkowo przyjdą w zetknięcie z raną wołu lub owcy. Rozumiemy daléj, że zwierzę to chore lub zdechłe pozostanie przypadkiem pojedynczym lub stanie się punktem wyjścia epidemji, podług tego czy będzie miało koło siebie istoty pośredniczące, to jest muchy, które pójdą roznieść krew jego innym zwierzętom. Zrozumiemy także dla czego czystość i inne środki ostrożności przedsięwzięte przez niektórych rolników, zachowują ich gospodarstwa od choroby.

Pogląd ten zgadza się z rezultatami doświadczeń, z obecną znajomością natury fermentów uorganizowanych i powstania istot, które je składają tak na zewnątrz, jako téż i wewnątrz ekonomji żyjącéj.

Spodziewam się, kończąc mówi p. *Davaine*, że wkrótce karbunkuł stanie się w oczach wszystkich chorobą równie prostą jak świerzb i parchy—chorobą, którą hygiena może uczynić rzadszą, a nawet zupełnie wytępić.

W Paryżu epidemja ospy ogromną zabiera ciągle liczbę ofiar. Dla tego téż kwestja szczepienia powtórnego nie przestaje zajmować uwagi świata lekarskiego i nielekarskiego. Dwa rodzaje wakcyny—ludzka i krowianka—nad wartością których długie rozprawy miały miejsce w Akademji lekarskiéj, z dziedziny teorji weszły na pole praktyki i doświadczenia, a epidemja dała im rozmiary takie, że będzie można zebrać elementa porównawcze wielkiéj wartości dla rozwiązania kwestji wyższości jednéj wakcyny nad drugą—kwestji interesującéj do wysokiego stopnia hygienę publiczną. Wprawdzie największa liczba doświadczeń nie może nauczyć tego, co dopiero czas dowiedzie; lecz ponieważ kwestja uchronienia w następstwie od ospy ściśle jest złączoną z pomyślném lub niepomyślném szczepieniem, to jest z tak zwaném przyjęciem się lub nieprzyjęciem ospy, rezultaty więc otrzymane z wakcyną ludzką i krowią zdecydują wyższość jednéj nad drugą.

Za przykładem małéj z początku liczby zwolenników krowianki, zaczęto ją ogólnie szczepić. Liczne jednakże głosy powstają dzisiaj przeciwko niéj. Między innemi w kilku okręgach Paryża, lekarze biór dobroczynnych, wyekzaminowawszy i porównawszy wyniki szczepienia wakcyną ludzką i krowianką, oświadczyli, że ostatnia daje rezultaty niezadawalniające nawet u nowo-narodzonych, należy więc zupełnie powrócić do wakcyny *Jenner'a*, z warunkiem, aby indywiduum dające limfę było wyekzaminowane przez jednego z lekarzy.

Dr. *Tournier* w liście ogłoszonym w „*Gazette médicale*" powiada: Z wakcyną *Jenner'a* podczas panującéj epidemji otrzymujemy w rewakcynacjach w trzeciéj części przypadki pomyślne, w wakcynacjach zaś nie ma przypadków niepomyślnych, podczas gdy z krowianką notujemy same tylko niepowodzenia.

Dr. *Gallard* w lekcjach ogłoszonych w „*l'Union médicale*" wykazał niższość krowianki w porównaniu z wakcyną ludzką co do łatwości w przyjęciu się. Dowodził oprócz tego, że jad zwierzęcy dopiero wtedy nabiera pewnéj siły i wydaje dobre rezultaty, jak jest przeniesiony kilkakrotnie z ręki na rękę.

Dr. *Besnier* w raporcie o chorobach panujących, przytacza liczby zrobionych wakcynacji i rewakcynacji w różnych szpitalach Paryża wakcyną ludzką i krowianką. Liczby te wykazują ogólnie niższość krowianki.

Wiele jeszcze innych poważnych głosów z Paryża i całéj Francji protestuje przeciwko użyciu krowianki. Z tych więc powodów kwestja wyższości wakcyny jednego lub drugiego pochodzenia podzieliła ciało lekarskie na dwa obozy, co tém więcéj przyczynia się do zdyskredytowania wakcyny w oczach ogółu, że panująca epidemja braną jest na dowód jéj bezsilności i dla tego liczne z początku rewakcynacje, dzisiaj zupełnie ustały. Aby dojść do ujednostajnienia opinji lekarzy, a przez to oddziałać na korzyść szczepienia, Dr. *Lenoix* zaprojektował zebrać wszystkich lekarzy Paryża i poddać dyskusji kwestje tyczące się ospy ochronnéj. Stawia on następujący program, który zmienić zależeć będzie od woli pierwszego zebrania:

Program.

Wakcyna ludzka i zwierzęca. Wartość ich porównawcza. Ich niebezpieczeństwa (syfilis wakcynalna).

Stosowność rewakcynacji w czasie zwyczajnym i w czasie epidemji.

Różnica w rezultatach rewakcynacji podług wieku, temperamentu, stanu zdrowia lub choroby i podług warunków zewnętrznych.

Uwagi nad wrażliwością (recéptivité) na ospę w wojsku z punktu widzenia konieczności rewakcynacji.

Wrażliwość (recéptivité) na ospę czy jest równą wrażliwości na wakcynę?

Czy wakcyna może dać ospę? Ta kwestja obejmuje kwestję wakcyny następczéj.

Jeżeli od czasu pierwszéj rewakcynacji bezskutecznéj osoba przebywała w miejscu, gdzie panuje ospa, czy mogła nabyć wrażliwości (réceptivité) na wakcynę, któréj nie miała poprzednio.

Czy wakcynojda jest dowodem, że zarazek wydał wszystko, co mógł u danéj osoby i czy ostatnia może być uważaną za zabezpieczoną od ospy?

W jakiéj epoce rozwoju wakcyny zarazek posiada najwyższy stopień jadowitości?

Wartość wakcyny zebranéj na rewakcynowanych. Kultura zarazka. Dzieci dające wakcynę. Jałówki dające wakcynę.

Czy jest koniecznem, aby zarazek zaszczepiony jałówce pochodził z cow-pox samorodnego.

O różnych sposobach przechowywania zarazku.

Instrumenta służące do szczepienia. Sposób postępowania. Ostróżności do zachowania po zaszczepieniu.

Uorganizowanie zakładu publicznego do szczepienia.

KRONIKA TYGODNIOWA.

Doktór **Sławikowski**, Członek honorowy Tow. Lekarskiego Warszawskiego, którego pięćdziesięcioletni jubileusz zawodu lekarskiego w zaprzeszłym roku obchodziliśmy, był pierwszym profesorem na katedrze Oftalmologji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Katedra ta założona tamże została dopiero w r. 1849 po przyłączeniu Krakowa do monarchji Austrjackiéj. Powołany został na nią przez uniwersytet Dr. *Szokalski*, który był wówczas lekarzem Szpitala w Alize St. Reine w Burgundji i oddawna był już znany z prac swoich oftalmologicznych. Rząd Austrjacki nie zatwierdził tego wyboru i nakazał katedrę oddać do konkursu, a gdy ją powtórnie Dr. *Szokalski* przez konkurs otrzymał, zamianowano drugiego kandydata na liście, a tym był Dr. *Sławikowski*. Ponieważ tenże praktycznemi tylko dotąd trudnił się zajęciami i mało było nadziei ażeby w zupełności odpowiedział nowym swym obowiązkom, Towarzystwo naukowe Krakowskie poleciło więc w r. 1850 D-rowi *Szokalskiemu* napisanie dzieła podręcznego z oftalmotologji, mogącego służyć za przewodnik do akademickiego wykładu i obowiązało się takowe swoim wydrukować kosztem. Dr. *Szokalski* uczynił w części temu zadaniu zadosyć i w r. 1852 dostarczył Towarzystwu tom pierwszy żądanego podręcznika. Ponieważ zaś wkrótce potem zmieniono w Krakowie język wykładowy i wprowadzono język niemiecki, zaniechano więc druku, i zwrócono rękopism autorowi, który w owym czasie powrócił był do Warszawy i zajął stanowisko Lekarza Instytutu oftalmicznego imienia książąt Lubomirskich. Rękopism ten dał początek dziełu o *Chorobach przyrządu wzrokowego u człowieka*, którego publikacji Dr. *Szokalski* obecnie dokonał. Nadmienić tylko wypada, że oftalmologja od r. 1853 tak olbrzymie dokonała postępy, iż ówczesna praca na żadnym punkcie nie dała się spożytkować. Obecne dzieło D-ra *Szokalskiego* ma to tylko z ówczesnem wspólnego, iż niejako na jego gruzach zbudowane zostało; że zaś inicjatywa Towarzystwa naukowego Krakowskiego dała mu początek, przedstawione więc zostało temuż Towarzystwu do konkursu o nagrodę ks. *Lubomirskiego*, która się co lat 3 wyznacza za najlepsze dzieło, wyszłe w języku polskim z dziedziny nauk przyrodniczych i lekarskich. Jaki będzie Towarzystwa wyrok, donieść nie omieszkamy, a tymczasem zawiadomić nie zawadzi, że prawdopodobnym następcą zmarłego na katedrze Oftalmologji w Krakowie jest Doktór *Rydel*, zaszczytnie znany w naszéj i niemieckiéj literaturze.

Redaktor i Wydawca Z. Dobieszewski.

Дозволено Цензурою.—w **Druk. J. Jaworskiego**, Ul. Krak-Przedm. N. 415.—**Cena pojedynczego ark. k. 15 (złp. 1)**